SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES (obligados a facturar)
REGIONAL CÓRDOBA
CENTRO AGROPECUARIO EL PORVENIR-CÓRDOBA

Código Regional	**23**
Código Centro	**911510**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**42553-575647**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YOLEIDA SANCHEZ SOTO	**C.C.**	1.066.718.275	**IP/Nº de contacto**	3127371602
Correo electrónico contratista:	ysanchezs@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		37152084642	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2201617/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**13521**	
Valor Total del Contrato	$ 35.513.180	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.010.180	**11**	**Del**	**01/12/2021**	**Al**	**18/12/2021**	**$ 2.010.180,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACIÓN INTEGRAL PRESENCIAL EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DESPLAZAMIENTO POR LA VIOLENCIA DEL CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGÍA EL POR

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.010.180		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.350.300			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.360.480**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.137.499**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4421626074**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 1.340.120
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 167.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 214.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 9.500	$ 14.000
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 214.500	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 167.600	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 14.000	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 536.048	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 1.045.833	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Valor Base retención en la fuente	3.137.499,00	
Valor Base retención en la fuente ICA	1.751.180,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	3.502,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.006.678,00**	

SON: DOS MILLONES SEIS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 2459333 en la vereda las Brasil en el Municipio de Tierralta
Se asociaron aprendices de la ficha 2459333 adecuar el sitio de cultivo de acuerdo con la línea de producción y protocolo
Se participó en el cumplimiento de metas del programa mediante el proceso de matrícula de aprendices victimas en nuestros procesos de matrícula de aprendices victimas en nuestros procesos de formación con numero de ficha creada 2459333
Se desarrollaron las horas de formación de formación en las fichas 2459333 En cultivo de peces en estanques
Se evaluaron los aprendices de la ficha 2459333 del programa de cultivo de peces en estanque en el municipio de Monteria
Se evaluaron los aprendices de la ficha 2459333 del programa de cultivo de peces en estanque en el municipio de Monteria

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

YOLEIDA SANCHEZ SOTO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JORGE ENRIQUE HERNÁNDEZ GUERRA
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

JOSÉ NICOLAS BARRIOS SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9150456004 DV: 546265

Cajero: ILPAHOPE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 14/12/2021 14:37:47

PS Recaudador:
910644 PLANETA CENTRO CALLE 19

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1066718275

Nombre:	YOLEIDA
Apellido 1:	SANCHEZ
Apellido 2:	SOTO
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3127371602
Codigo Planilla:	4421626074
Periodo Pago:	2021/11
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
1066718275	$396.100,00

Valor recibido: $396.100,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Escaneado con Cam

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1066718275
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YOLEIDA SANCHEZ SOTO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTELIBANO	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CLL 22 CRA 15 22 A 44	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4421626074**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/12/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9997986012

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 214.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 214.500	$ 0	$ 214.500
SUBTOTALES:										**$ 214.500**	**$ 0**	**$ 214.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 167.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 167.600	$ 0	$ 0	$ 167.600
SUBTOTALES:													**$ 167.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 167.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 14.000	$ 14.000	$ 0	$ 0	$ 14.000
SUBTOTALES:									**$ 14.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 14.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1066718275	SANCHEZ SOTO YOLEIDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.340.200				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.340.200	$ 214.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 214.500	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.340.200	$ 167.600	$ 0	$ 167.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.340.200	106671827	$ 14.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 396.100**

	Versión: 04
	Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:	**YOLEIDA SANCHEZ SOTO**					**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	MONTERIA	**FECHA**	**12/11/2021**	**REGIONAL**	**CORDOBA**	**1.066.718.275**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	**CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR REGIONAL CORDOBA**					
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	**2201617- DE 02 DE FEBRERO DE 2021**					

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO		**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	x

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC	5	**Hernan Guillermo Isaza Giraldo -** hgisaza@sena.edu.co	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	3	**Ana Carolina Hoyos Martinez -** ahoyosm@sena.edu.co	
	4	**Hector Miguel Cogollo Acosta -** hcogollo@sena.edu.co	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	10	**JORGE ENRIQUE HERNANDEZ GUERRA** jhernandezg@sena.edu.co	
ALMACÉN E INVENTARIOS	2	**Obdulia Rafaela Tirado Chica -** otirado@sena.edu.co	
	4	**Hector Miguel Cogollo Acosta -** hcogollo@sena.edu.co	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	4	**Hector Miguel Cogollo Acosta -** hcogollo@sena.edu.co	
CONTABILIDAD	6	**Juan Pablo Avilez Usta** jpavilezu@sena.edu.co	
	7	**Rosiris del Carmen Mendoza Mercado** rcmendozam@sena.edu.co	
TESORERIA	8	**Yamileth Yaneth Gomez Causil** ygcausil@sena.edu.co	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	10	**JORGE ENRIQUE HERNANDEZ GUERRA** jhernandezg@sena.edu.co	
BIBLIOTECA	1	**Roibis Ferneis Cuadrado German** rfcuadrado@sena.edu.co	
LÍDER PROGRAMA VICTIMA	9	**PATRICIA ALVAREZ MANCHEGO** palvarezma@sena.edu.co	
SUPERVISOR DE CONTRATO	10	**JORGE ENRIQUE HERNANDEZ GUERRA** jhernandezg@sena.edu.co	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) SANCHEZ SOTO YOLEIDA identificado(a) con CC. 1066718275 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 14 de Diciembre de 2021 a las 15:03:01

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de diciembre de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**25832787**	**Emerita soto cardozo**	**MADRE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre: YOLEIDA SANCHEZ SOTO

C.C. 1066718275 DE Planeta Rica

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Planeta Rica, Noviembre 22 de 2021

Señores
A QUIEN INTERESE
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado(a) contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

Tipo de Documento	NÚMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO
13	25.832.787	EMERITA SOTO CARDOZO	MADRE

Toda vez que:

- Es (son) mi(s) hijo(s) menor(es) de 18 años de edad, según consta en el registro civil de nacimiento, el cual se adjunta. N A .
- Es (son) mi(s) hijo(s) entre los 18 y 23 años, según consta en el registro civil de nacimiento, el cual se adjunta, a quien soy el único progenitor que le financió su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente), para lo cual aporto el certificado expedido por la institución educativa. N A .
- Es mi hijo mayor de 23 años quien se encuentra en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, para lo cual aporto, además del registro civil de nacimiento, el dictamen médico expedido por Medicina Legal. N.A .
- Es mi cónyuge o compañero permanente quien se encuentra en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT , para lo cual aporto, además registro de civil de matrimonio o la manifestación de la convivencia, la certificación del contador público sobre sus ingresos. Si la dependencia está originada en factores físicos o psicológicos, acredito además del respectivo registro civil, el dictamen médico correspondiente emitido por Medicina Legal. N.A .
- Es mi padre, madre o padres y/o hermano quien se encuentra en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, para lo cual aporto, además del registro de civil de nacimiento, la certificación del contador público sobre sus ingresos. Si la dependencia está originada en factores físicos o

Escaneado con CamScanner

psicológicos, acredito además del respectivo registro civil, el dictamen médico correspondiente emitido por Medicina Legal. SI

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que mi cónyuge _____ identificado (a) con la C.C. No. _____ no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

_____

FIRMA

Nombre: _____

C.C. _____

RICARDO DIAZ D.
CC. 15 676850
T.P. 137 903 - T
CONTADOR PUBLICO

FIRMA

Nombre: RICARDO DIAZ DURANGO.

C.C. 15-676 850

T.P. 137903-T

Escaneado con CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

137903-T



RICARDO JOSE
DIAZ DURANGO
C.C. 15676850
RESOLUCION INSCRIPCION 308 FECHA 27/11/2008
UNIVERSIDAD CORP. UNIV. DEL SINU

PRESIDENTE

LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ 147875

RICARDO DIAZ D
CC. 15 676850
T.P. 137 903 T
CONTADOR PUBLICO

FIRMA DEL TITULAR 61154

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.832.787
SOTO CARDOZO
APELLIDOS
EMERITA ISABEL
NOMBRES



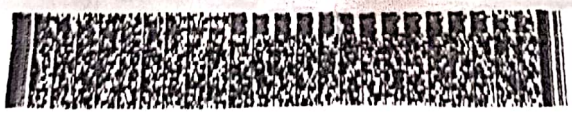
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1953
AYAPEL
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-JUL-1975 BUENAVISTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1302800-00162060-F-0025832787 20090708 0013253854A 2 7680000283

Escaneado con Can